

PAIK teenusele kaasamise kriteeriumid

1. Patsiendi nimi: _____

5. Kuupäev: _____

2. Patsiendi isikukood: _____

6. Osakond: _____

3. Patsiendi vanus: _____

7. Hindaja: _____

4. Nakkusoht: JAH / EI

Elab hooldekodus JAH/ EI

Kriteeriumid	esineb- märgi X ei esine- -
24. Kommentaarid (lisainfo patsiendi kohta/soovitan PAIK-a, sest...):	
8. Ei tule igapäevaste hooldustoimingutega toime	
9. Tugivõrgustik puudub	
10. Korduvad hospitaliseerimised, EMO külastused või kiirabi väljakutsed viimase aasta jooksul	
11. Vähemalt 5 või enam retseptiravimit raviskeemis	
12. Ravimsoostumus madal (3 või enam realiseerimata retsepti 12 kuu vältel)	
13. Väärkohtlemise kahtlus	
14. Raskused haridussüsteemis, õpiraskused või käitumisprobleemid (alla 18-a)	
15. Orgaaniline psüühikahäire	
16. Skisofreenia	
17. Hüpertensioon	
18. Astma	
19. Diabeet	
20. Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus	
21. Krooniline neeruhaigus	
22. Südamepuudulikkus	
23. Depressioon	

25. Teenuse osutamiseks vajalikud kriteeriumid täidetud: JAH / EI (täidab koduteenuste üksus)